

Herstelondersteunende zorg: de praktijk laat op zich wachten

Martinus Stollenga*

In mei 2013 stelden de raden van bestuur van instellingen voor verslavingszorg, verenigd in het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland, hun visiedocument vast (GGZ Nederland, 2013). Dat visiedocument is het logische vervolg op het in 2010 ondertekende Handvest van Maastricht. Inhoudelijk is dat goed te zien; de totstandkoming was evenwel allerminst een logisch vervolg. Het Handvest van Maastricht bevatte drie afspraken:

- in de ontwikkeling van de verslavingszorg is herstelondersteunende zorg richtinggevend;
- er komen proeftuinen waarin activiteiten en projecten met herstelondersteunende zorg worden ontwikkeld en uitgeprobeerd;
- ervaringskennis wordt erkend als een belangrijke en gelijkwaardige bron van kennis, naast de wetenschappelijke en professionele kennis.

De proeftuinen zijn onderwerp geworden van een door ZonMw gefinancierd onderzoek. Dat leverde teleurstellende resultaten op. De instellingen hadden zich niet al te zeer ingespannen om proeftuinen op te zetten en de proeftuinen die onderzocht werden functioneerden enigszins in de marge van de betreffende instelling (Barendregt e.a., 2013). Jaap van der Stel diepte ondertussen in een tweetal boeken uit wat herstel nu eigenlijk inhoudt (Van der Stel, 2012, 2013b). Ook schreef hij een tweetal notities met vraagstukken die in verband met herstel om nader onderzoek vragen (Van der Stel & Gool, 2013; Van der Stel, 2013a). Daarnaast bracht dit tijdschrift in december 2013 een themanummer uit over herstel. Verder bleef het na mei 2013 stil. Is er geen urgentie om met de uitvoering van het visiedocument aan de slag te gaan? Is er misschien sprake van handelingsverlegenheid? De

* Drs. M.F. Stollenga is eigenaar van De Bijdrage te Groningen. E-mail: stollenga@debijdrage.nl.

urgentie wordt wel dagelijks door de cliënten gevoeld. Verslaving is immers een probleem dat het dagelijks leven in grote mate bepaalt. Wachtlijsten en andere redenen voor uitstel hebben het risico in zich dat uitstel afstel wordt.

De huidige veranderingen in de zorg bestaan uit:

- het terugdringen van het beroep dat gedaan wordt op de (dure) tweedelijnszorg;
- het doen van een beroep op eigen kracht en informele zorg;
- de zorg dichter bij de burger brengen;
- ambulantisering;
- bijdragen aan maatschappelijke participatie;
- uitbreiden van e-health.

Om aan de eerste drie veranderingen tegemoet te komen, is het de bedoeling dat gemeenten per buurt of dorp een sociaal team organiseren. Dit wordt geacht om, met inzet van verschillende disciplines, een integrale aanpak te bieden van de problemen die buurtbewoners hebben. In deze teams wordt veelal een verbinding gemaakt tussen het gemeentelijk gefinancierde welzijnswerk en de eerstelijnsgezondheidszorg. Alleen wat in dat verband niet op te lossen is, komt nog terecht bij de tweedelijnsgezondheidszorg. De integrale aanpak van de sociale teams past heel goed bij de integrale aanpak die ook deel uitmaakt van de herstelondersteunende zorg en biedt dus ook voor verslaafden een mooi platform om hun problematiek aan te pakken.

Voor de verslavingszorg is het, met haar traditie van gemeentelijke financiering, waarschijnlijk ook niet moeilijk om zich daarbij aan te sluiten. Gelijktijdig stellen verzekeraars steeds strengere regels op. Aangezien het moeilijk is harde kwaliteitscriteria toe te passen, richt men zich - voor garanties daarvoor - op de kwaliteit van de zorgprofessionals. Aan het hoofdbehandelaarschap, maar ook aan behandelaars, worden steeds stringenter opleidingseisen gesteld. Deze krijgen in de praktijk een uitwerking die de sector meer de kant op lijkt te dringen van het werken aan klinisch herstel en niet om met cliënten te gaan werken aan alle vier door Van der Stel beschreven aspecten van herstel: klinisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk.

In het visiedocument is een toekomstagenda opgenomen. Uitvoering daarvan vereist grote veranderingen van zowel de competenties van de medewerkers als van de bestuurlijke inrichting. Bij dit laatste doel ik op het gaan functioneren in netwerken van organisaties die voor het herstel van cliënten van belang zijn. Intern betekent het dat medewerkers de maximale ruimte moeten krijgen om in cocreatie met elke cliënt het best passende herstelpad te ontwikkelen. Hiervan bestaan

interessante voorbeelden (Van Dalen, 2012), evenals van meer invloed van cliënten op het beleid (Dedding & Slagter, 2013). Het heeft er alle schijn van dat de sector zich laat verlammen door het hier beschreven krachtenveld en er niet voor durft te kiezen het visiedocument uit te voeren.

De Minister van VWS heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd diepgaand onderzoek te doen naar de efficiëntie en effectiviteit van de Nederlandse verslavingszorg (brief d.d. 16 januari 2014). De brief doet denken aan de situatie die voorafging aan en de aanleiding was voor het project Resultaten Scoren. Is er met dat project dan niets bereikt? Het antwoord lijkt voor de minister in ieder geval te zijn: onvoldoende. Dat wordt voor een deel veroorzaakt door de nieuwe toetreders op de markt van de verslavingszorg, maar - gelet op de vraagstelling van de minister - vooral toch ook door de reguliere verslavingszorginstellingen. De sector moet meewerken om de gevraagde gegevens zo betrouwbaar mogelijk te leveren.

Dit moment kan heel goed aangegrepen worden om tevens met de verzekeraars in gesprek te gaan over de voorwaarden waaronder de sector herstelondersteunende zorg kan invoeren. Als ze daarvoor kiest vindt de sector een niet onbelangrijke partner aan zijn zijde: de eigen cliënten. Voor herstelondersteunende zorg is nodig dat de instellingen op een creatieve manier gebruik maken van alle financieringsvormen waarover ze nu beschikken en dat professionals en cliënten maximaal de ruimte krijgen om in cocreatie te werken aan het betreden van het niet-gebaande pad van herstel. Medewerkers zullen ook over andere competenties moeten beschikken, dan waarover de meesten nu beschikken. Instellingen en medewerkers zullen moeten leren dat protocollen een hulpmiddel zijn voor het vinden van het herstelpad dat er voor iedere cliënt weer anders uitziet. De uitzondering is de regel!

Met het vaststellen van het visiedocument werd gekozen voor een niet-gebaand pad. Het lijkt erop dat de sector nog niet het lef heeft - dat de cliënten wél hebben - om die richting uit te gaan. Voor het eigen voortbestaan, maar vooral ook voor het kunnen bieden van de zorg die de cliënten verdienen, is het naar mijn idee dringend noodzakelijk dat de besturen lef gaan tonen en, in deze tijd van afnemende middelen, doorgaan op de reeds op papier ingeslagen weg. Dat zal de organisaties verder brengen dan louter als een rekenmeester te proberen de bezuinigingen op te vangen.

Literatuur

- Barendregt, C. e.a. (2013). *Liggen we op koers? Herstelondersteunende verslavingszorg en inzet van ervaringskennis in vier praktijkvoorbeelden*. Rotterdam: IVO.
- Dalen, A. van (2012). *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma.
- Dedding, C. & Slagter, M. (red.) (2013). *De rafels van participatie in de gezondheidszorg; van participerende patiënt naar participerende omgeving*. Den Haag: Boom Lemma.
- GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Stel, J. van der (2013a). Innovatie rond herstel. Vragen en opgaven. *Verslaving*, 9, 5-18.
- Stel, J. van der (2013b). *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag*. Amsterdam: SWP.
- Stel, J. van der & Gool, R. van (2013). *Quick scan. Resultaten scoren rond herstel*. Haarlem/Sassenheim.
- Stel, J. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom Lemma.